

# 診療情報提供書

(東京労災病院用)

放-267

東京労災病院 放射線診断科 画像診断依頼書

## 放射線診断科専用申し込み

記入日 年 月 日

(電話)03-3742-7532 (FAX)03-3742-7170

紹介元医療機関名

検査または受診予定日時		
年	月	日
AM・PM	時	分

担当医師名 先生

所在地

電話

\* 事前に検査内容の把握、また健康保険証の記号・番号がわかれば、予めカルテ作成をいたしますので、下記に記載の上FAXをご利用ください。

公費負担番号										保険者番号								
受給者番号										記号・番号								
										被保険者との続柄								

フリガナ		性別		生年月日				
患者名		男・女	T・S H・R	年 月 日 ( 歳)				
住所	都道府県	市区						
電話	携帯 ( )	自宅 ( )						

診療依頼項目を下記から選択してください

画像診断										
1. <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純	部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰)	
	<input type="checkbox"/> 造影		<input type="checkbox"/> 四肢 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )						
2. <input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純	部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰)	
	<input type="checkbox"/> 造影		<input type="checkbox"/> 四肢 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )						
3. <input type="checkbox"/> X線乳房撮影	部位	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 両方	<input type="checkbox"/> その他 ( )					
4. <input type="checkbox"/> 骨密度測定	部位	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> その他 ( )						
5. <input type="checkbox"/> 核医学検査	部位	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 脳血流 (ECD・IMP)	<input type="checkbox"/> ダットスキャン	<input type="checkbox"/> ガリウム	<input type="checkbox"/> レノグラム	<input type="checkbox"/> 心筋血流		<input type="checkbox"/> 心筋MIBG	<input type="checkbox"/> その他 ( )

造影希望はアレルギー歴・造影検査歴・腎機能(6ヶ月以内のCrデータ)を必ずご記入ください。未記載の場合、検査ができないことがあります。

アレルギー歴  なし  あり ぜんそく・花粉症・食べ物・薬・注射・その他 ( )

造影検査歴  なし  あり 「あり」で副作用があった場合の具体的症状 ( )

感染症  なし  あり HCV・結核・梅毒・MRSA・その他 ( )

主訴	画像情報提供媒体の選択
現病歴・検査結果 (腎機能 Cr: )	
既往歴・家族歴	<input type="checkbox"/> フィルム <small>※ 原則CD-Rです。フィルムをご希望の際は✓してください。</small>

# 診療情報提供書

(紹介元医療機関用)

東京労災病院 放射線診断科 画像診断依頼書

## 放射線診断科専用申し込み

記入日 年 月 日

(電話)03-3742-7532 (FAX)03-3742-7170

紹介元医療機関名

検査または受診予定日時		
年	月	日
AM・PM	時	分

担当医師名 先生

所在地

電話

\* 事前に検査内容の把握、また健康保険証の記号・番号がわかれば、予めカルテ作成をいたしますので、下記に記載の上FAXをご利用ください。

公費負担番号										保険者番号								
受給者番号										記号・番号								
										被保険者との続柄								

フリガナ		性別		生年月日					
患者名		男・女	T・S H・R	年 月 日 ( 歳)					
住所	都道府県	市区							
電話	携帯 ( )	自宅 ( )							

診療依頼項目を下記から選択してください

画像診断									
1. <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純	部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰)
	<input type="checkbox"/> 造影		<input type="checkbox"/> 四肢 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )					
2. <input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純	部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸・胸・腰)
	<input type="checkbox"/> 造影		<input type="checkbox"/> 四肢 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )					
3. <input type="checkbox"/> X線乳房撮影	部位	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 両方	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
4. <input type="checkbox"/> 骨密度測定	部位	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> その他 ( )					
5. <input type="checkbox"/> 核医学検査	部位	<input type="checkbox"/> 骨	<input type="checkbox"/> 脳血流 (ECD・IMP)		<input type="checkbox"/> ダットスキャン	<input type="checkbox"/> ガリウム	<input type="checkbox"/> レノグラム	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
		<input type="checkbox"/> 心筋血流	<input type="checkbox"/> 心筋MIBG						

造影希望はアレルギー歴・造影検査歴・腎機能(6ヶ月以内のCrデータ)を必ずご記入ください。未記載の場合、検査ができないことがあります。

アレルギー歴  なし  あり ぜんそく・花粉症・食べ物・薬・注射・その他 ( )

造影検査歴  なし  あり 「あり」で副作用があった場合の具体的症状 ( )

感染症  なし  あり HCV・結核・梅毒・MRSA・その他 ( )

主訴	画像情報提供媒体の選択
現病歴・検査結果 (腎機能 Cr: )	
既往歴・家族歴	<input type="checkbox"/> フィルム <small>※ 原則CD-Rです。フィルムをご希望の際は✓してください。</small>

## 東京労災病院 放射線診断科 画像診断依頼書

### 放射線診断科専用申し込み

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(電話)03-3742-7532 (FAX)03-3742-7170

紹介元医療機関名 \_\_\_\_\_

検査または受診予定日時		
年	月	日
AM・PM	時	分

担当医師名 \_\_\_\_\_ 先生

所在地 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

\* 事前に検査内容の把握、また健康保険証の記号・番号がわかれば、予めカルテ作成をいたしますので、下記に記載の上FAXをご利用ください。

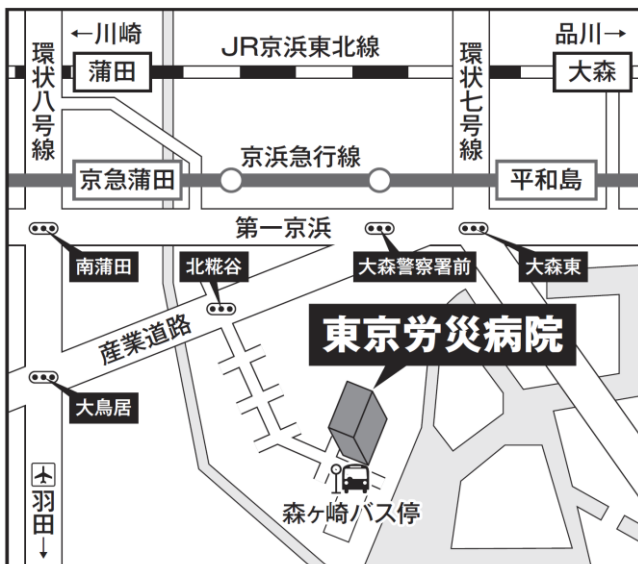
公費負担番号									
受給者番号									

保険者番号									
記号・番号									
被保険者との続柄									

フリガナ		性別	生年月日	
患者名		男・女	T・S H・R	年 月 日 ( 歳)
住所	都道 府県	区郡 市		
電話	携帯 ( _____ )	自宅 ( _____ )		

診療依頼項目を下記から選択してください

画像診断				
1. <input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> 単純	部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 脊椎 ( 頸・胸・腰 )	
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 四肢 ( _____ )	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
2. <input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> 単純	部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 脊椎 ( 頸・胸・腰 )	
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 四肢 ( _____ )	<input type="checkbox"/> その他 ( _____ )	
3. <input type="checkbox"/> X線乳房撮影	部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
4. <input type="checkbox"/> 骨密度測定	部位	<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		
5. <input type="checkbox"/> 核医学検査	部位	<input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 脳血流 ( ECD・IMP ) <input type="checkbox"/> ダツスキャン <input type="checkbox"/> ガリウム <input type="checkbox"/> レノグラム		
		<input type="checkbox"/> 心筋血流 <input type="checkbox"/> 心筋MIBG <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		



- JR「大森駅」から約5km  
駅前東口から京浜急行バス②番「森ヶ崎行」で約20分  
「森ヶ崎(東京労災病院前)」下車
- JR「蒲田駅」から約6km  
駅前東口から京浜急行バス⑤番「森ヶ崎行」で約25分  
「森ヶ崎(東京労災病院前)」下車
- 京浜急行「平和島駅」から約3km  
駅前から京浜急行バス「森ヶ崎行」で約10分  
「森ヶ崎(東京労災病院前)」下車
- 駐車場のご案内  
外来駐車場は3時間まで無料です。3時間を超えて1時間  
増すごとに100円かかります。

☎ お問い合わせ  
03-3742-7301 病院(代表)  
03-3742-7129 地域医療連携室  
03-3742-7532 放射線診断科(検査内容について)

## MRI検査をお受けになる患者様へ 検査時間約30分

- ① 次に該当する患者様は、検査前に必ず医師、看護師、または放射線技師にお申し出ください。
  - 心臓ペースメーカーを植え込んでいる。
  - 手術(特に脳動脈瘤)をしたことがある。
  - 人工関節など体内に金属を装着している。
  - 閉所恐怖症がある。
  - 妊娠、または妊娠の可能性がある。
- ② 次に該当する物は、MRI室へ持ち込みできません。
  - 貴重品(財布、磁気カードなど)
  - 装飾品(ネックレス、ピアス、かつら、指輪など)
  - 精密機器(補聴器、携帯電話、時計など)
  - 貼付剤(エレキバン、湿布、カイロなど)
  - その他(眼鏡、入れ歯、その他金属など)※磁石式インプラントは、事前に歯科医へご相談ください。
- ③ MRI検査は、磁石を利用して体内の情報を画像化します。検査中は、大きな音がしますが痛みありませんので、動かないよう静かに寝ていてください。
- ④ 造影検査を予定されている患者様で喘息、アレルギー、重い腎臓病のある患者様は、必ず医師にお申し出ください。
- ⑤ MRI検査(MRCP検査を除く)に食事制限はありません。
- ⑥ MRCP検査(胆膵管)の患者様は、検査当日絶飲食です。水分も不可です。

## CT検査をお受けになる患者様へ 検査時間約15分

- ① 造影検査を予定されている患者様で喘息、アレルギー、重い腎臓病、重い甲状腺機能亢進症、糖尿病(ビグアナイド系内服者のみ)のある患者様は、必ず医師にお申し出ください。
- ② 造影検査を予定されている患者様は、予定時間の3時間前から食事を摂らないでください。ただし、水・お茶等の水分および内服薬はお飲みください。
- ③ 腹部検査を予定されている患者様は、検査前1週間バリウム検査を施行しないでください。

## 骨密度測定検査をお受けになる患者様へ 検査時間30分

次に該当する患者様は、検査ができないことがあります。予約の際にご注意ください。

- 1週間以内にバリウム検査、24時間以内にCTなどの造影検査、1ヵ月以内にラジオアイソトープ検査を受けた。
- 腰椎および股関節にインプラントを埋め込んでいる。

## 当院からのお願い

- ① MRI検査は予約時間の30分前、CT検査、骨密度測定検査、乳房撮影検査は予約時間の20分前までに地域医療連携室へお越しください。(正面入口を入れてすぐ右側)  
※核医学検査の来院時間については、その都度お知らせします。
- ② 検査はすべて予約制です。遅れる場合や日時の変更は、早めにご連絡ください。
- ③ ご不明な点は、お問い合わせください。

## ご依頼の医師へ

### 血管造影検査・IVR

電話予約の場合、先にFAXをお願いします。原則、入院が必要となりますので放射線診断科専門医と相談し予約詳細を決定します。

### 核医学検査

電話予約の際、下記の検査をご選択ください。

主な検査	● 脳血流シンチ	● ダットスキャン	● 甲状腺シンチ
	● 心筋シンチ	● 肺血流シンチ	● レノグラム
	● 骨シンチ	● ガリウムシンチ	● その他

※前処置および食事制限などの注意事項は、検査ごとに異なります。電話予約の際、その都度お知らせします。